

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 96.

LE CANCER SOUS-CARDIAQUE DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste JACQUIER-BRET

Né à Saint-Vincent-de-Mercuze (Isère), le 14 mars 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

LE CANCER SOUS-CARDIAQUE

DE L'ESTOMAC

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 96.

LE CANCER SOUS-CARDIAQUE

DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste JACQUIER-BRET

Né à Saint-Vincent-de-Mercuze (Isère), le 14 mars 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES.

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapentique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (El.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président ; M. PATEL, Assesseur ;
MM. CAVAILLON et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur ROLLET

Président de Thèse

A Messieurs les Professeurs agrégés

CAVAILLON,

PATEL,

LAROYENNE.

INTRODUCTION

C'est à une localisation relativement peu fréquente du cancer de l'estomac qu'a trait notre étude, la localisation sous-cardiaque, dont il a été relevé 7 cas sur un total de 200 cancers stomacaux, opérés à la clinique du professeur Poncet, soit un peu moins de 4 pour 100 des cas. Les observations de ces 7 malades ont été prises par MM. Deloré et Leriche, chirurgiens des Hôpitaux. Elles nous ont paru intéressantes et nous ont inspiré le sujet de notre thèse. Ces observations sont inédites, nulle part ailleurs, dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé notées d'autres observations similaires ; c'est donc une excuse à la pénurie du nombre des nôtres, et le lecteur voudra bien l'accepter.

GENERALITES

Presque toujours, le cancer de l'estomac est primitif ; le cancer secondaire est extrêmement rare. La fréquence du cancer de cet organe est grande, si l'on songe qu'il se trouve chez 44,37 pour 100 (d'Espine), 34,9 pour 100 (Wirchow) des individus morts de cancer. Sa distribution anatomique « est soumise à des lois bien établies » (Hayem et Lion). C'est au pylore qu'il se localise le plus souvent : 51 pour 100 (Lebert), 65 pour 100 (Israël).

Puis par ordre de fréquence, nous trouvons :

Le cancer de la petite courbure : 16 (Lebert) à 20 (Orth) pour 100 des cas ;

Le cardia dans 9 pour 100 (Lebert), 13 pour 100 (Israël) ;

La grande courbure : 7 pour 100 des cas (Lebert) ;

La totalité de l'organe : 6 pour 100 des cas (Lebert) ;

Le cancer du grand cul-de-sac est extrêmement rare.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toute intervention chirurgicale rationnelle, surtout sur un organe auquel est dévolu une fonction aussi prépondérante que l'estomac, suppose une connaissance anatomo-pathologique précise de l'affection contre laquelle est dirigée l'intervention opératoire. Or, le cancer de l'estomac est entré, depuis longtemps déjà, dans la pratique courante. « Affection lamentable et humiliante, disait autrefois Peter, lamentable pour le malade, puisqu'il en meurt, humiliante pour le médecin, puisqu'il ne peut la guérir. » Aujourd'hui, avec Kocher, nous pouvons dire : « De grâce, Messieurs les médecins, laissez-nous guérir vos malades. »

Le cardia est cette partie du tube digestif, intermédiaire à l'œsophage et à l'estomac. Il est situé à l'extrémité supérieure de la petite courbure, et répond exactement à l'angle ouvert en haut, que forme le flanc gauche de l'œsophage avec la grosse tubérosité de l'estomac. Extérieurement, le cardia n'est indiqué à l'œil que par la différence de calibre, qui distingue le conduit œsophagien de la poche stomacale (Testut). Quelquefois, on trouve à son niveau un sillon circulaire, la portion abdo-

minale de l'œsophage, fortement dilatée, forme alors le vestibule de l'estomac (Jonnesco).

Ordinairement, le cancer sous-cardiaque se précise à 2 centimètres environ au-dessous du cardia; il débute par la petite courbure, devient plus ou moins annulaire, adhère plus ou moins à l'épiploon, et envahit les deux faces de l'estomac, dans une proportion d'autant plus considérable que la lésion est plus avancée. Mais toujours, et cela démontre l'originalité de la lésion, subsiste au-dessus et au-dessous d'elle un espace anatomiquement sain, formant double poche : l'une cardiaque, l'autre pylorique, donnant à l'estomac une forme vaguement biloculaire.

ASPECT EXTÉRIEUR. — Presque toujours, abstraction faite des adhérences que l'estomac peut présenter avec les tissus voisins, la surface libre de l'estomac est plus ou moins modifiée. Ce sont des plaques ou des sillons presque caractéristiques. Elles sont nacrées, blanchâtres, présentent une surface lisse ou ondulée; leurs dimensions sont très variables, leur consistance toujours très ferme. Plus souvent, ces plaques qui prennent parfois un aspect étoilé, siègent au voisinage de la petite courbure, et c'est de là que partent les tractus néoplasiques, pour s'enfoncer dans l'insertion gastrique du grand et du petit épiploon. Ces notions générales ont leur importance, car « on ne compte plus aujourd'hui les erreurs de diagnostic ainsi commises au cours de l'opération, et devant cette faillite de la laparotomie exploratrice, certains chirurgiens, comme Roux, préfèrent s'en tenir, dans les cas douteux, à leur diagnostic pré-opéra-

toire » (Cunéo). A l'ouverture de l'estomac, et quelquefois à l'aspect extérieur de l'organe, le cancer sous-cardiaque se montre sous la forme d'un anneau plus ou moins complet, dont l'orientation générale est perpendiculaire au grand axe gastrique. D'ailleurs, le siège de la lésion en explique au moins la forme, rappelant un peu celle du canal pylorique, et différant, au contraire, de celle du cancer de l'organe proprement dit ou de la grosse tubérosité. Cette distinction, qui n'est évidemment pas absolue, acquiert, quand elle existe, une certaine importance : le cancer annulaire déterminant plus ou moins rapidement la dilatation sus-stricturale, la stase alimentaire et les vomissements. Il est de toute évidence aussi qu'un cancer primitivement annulaire peut acquérir, avec le temps et du fait de la généralisation aux deux faces de l'estomac, la forme diffuse ou en plaques.

MODIFICATIONS SECONDAIRES DE L'ESTOMAC. — A ce point de vue, l'estomac peut prendre une forme biloculaire. On peut alors, avant l'opération, diagnostiquer par insufflation la forme en bissac, mais toujours il est petit et semble subir une atrophie secondaire. La muqueuse gastrique est le siège de lésions plus ou moins marquées de gastrite chronique, bien étudiées par Hayem et Lion, ordinairement, elle est à prédominance interstitielle avec tendance à l'atrophie et transformation muqueuse.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Histologiquement, ces tumeurs sont des épithéliomas cylindriques. On peut les diviser en deux grandes variétés (Hauser). On peut avoir affaire soit à un épithélioma cylindrique propre-

ment dit; dans ce cas, les éléments néoplasiques se groupent en formations pseudo-glandulaires; soit à un carcinome, alors les cellules cancéreuses forment des amas plus ou moins irréguliers, au milieu desquels il est impossible de retrouver la moindre image glandulaire.

EPITHÉLIOMA TYPE. — Le néoplasme est essentiellement constitué par des tubes pseudo-glandulaires séparés par un stroma moyennement développé. Les cellules cylindriques peuvent être disposées sur un ou plusieurs plans; jamais elles ne prennent le type de la cellule à mucus. Entre ces cellules, la lumière des tubes est plus ou moins grande, mais toujours existante dans la forme typique. Le stroma est formé par les cellules fixes du tissu conjonctif et les leucocytes, le tout plongé dans une substance fondamentale amorphe, « finement arborisée de capillaires très déliés ».

Ce type anatomique, qui est classique, peut subir des modifications dans son architecture intime :

1° Les tubes néoformés, au lieu d'être réguliers, peuvent être herniés de saillies (épithélioma dendritique) ;

2° L'élément épithélial peut prédominer sur l'élément conjonctif (épithélioma médullaire);

3° Le stroma peut être extrêmement développé (épithélioma squirrheux);

4° Les formations néoplasiques peuvent affecter la forme de larges alvéoles, dans lesquelles sont plongées les cellules épithéliales (épithélioma colloïde).

CARCINOME. — Voici ses caractères :

1° Les cellules épithéliales ont perdu leur signification

glandulaire, aussi bien dans leur forme que dans leur ordination;

2° L'élément cellulaire au lieu d'être cylindrique est polyédrique, le corps protoplasmique très réduit, le noyau volumineux et très chargé de chromatine.

Le carcinome peut être squirrheux ou médullaire, et cela pour les mêmes raisons que l'épithélioma typique.

Macroscopiquement, il est impossible de savoir si c'est de l'épithélioma type ou du carcinome. L'épithélioma colloïde seul peut s'identifier ; à l'œil nu, il est gris jaunâtre, un peu translucide, et se présente ordinairement sous forme d'infiltration diffuse. Mais c'est là affaire d'habitude, et même dans ce cas, les erreurs sont fréquentes.

Il serait capital de savoir si à telle formule histologique correspond une conduite opératoire précise, ou si à telle formule histologique correspond tel pronostic bien défini. Bien qu'approximative, la réponse peut avoir sa valeur. Cunéo, auquel nous empruntons toutes ces données anatomiques, a remarqué, en vérifiant l'état du système lymphatique, que les épithéliomas à dégénérescence muqueuse étaient d'une malignité extrême; il réserve, au contraire, un pronostic plutôt favorable aux formes squirrheuses, et parmi ces dernières, il cite les formes atypiques.

L'accroissement du néoplasme peut se faire de deux manières différentes, ou plutôt pour expliquer le mécanisme de cet accroissement, deux thèses sont en présence :

La théorie multicentrique de Hauser;

La théorie unicentrique de Ribbert.

Dans le premier cas (Hauser), l'accroissement se fait par transformation néoplasique graduelle des éléments.

Dans le deuxième cas (Ribbert), elle se fait, au contraire, par infiltration progressive des parties voisines.

Les résultats déjà acquis permettent d'attacher plus de vraisemblance à la conception unicentrique (Leriche, thèse de Lyon).

INFECTION LYMPHATIQUE DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC. — Cette infection a été bien étudiée par Cunéo (thèse de Paris) et Langenmann. C'est à Cunéo que nous empruntons ce qui suit.

Cet envahissement est la règle : il se fait par étape.

« Tant que le premier relai ganglionnaire n'est pas franchi, l'intervention chirurgicale curative est encore possible. Cet obstacle forcé, la dissémination des éléments cancéreux dans le système lymphatique interdit toute opération radicale. »

Après Cunéo, il est coutume de décrire :

1° Des adénopathies immédiates, c'est-à-dire touchant à la dégénérescence des ganglions qui sont l'accroissement direct des lymphatiques gastriques;

2° Des adénopathies à distance, dont l'envahissement est consécutif à la dégénérescence plus ou moins complète du premier relai ganglionnaire.

Mais dans la grande majorité des cas, le simple examen à l'œil nu est absolument insuffisant pour admettre que les ganglions sont sains. C'est ainsi que des ganglions volumineux sont sains, et que d'autres qui ont un petit volume peuvent contenir des éléments cancéreux.

Les ganglions de la petite courbure sont presque tou-

jours envahis, ainsi que les ganglions rétro-pyloriques quand ils existent. Le chirurgien doit être prévenu que facilement ils passent inaperçus.

L'intérêt de ces adénopathies n'est plus d'ordre opératoire, sauf en tant que contre-indication; mais il est d'ordre diagnostique. Le premier groupe atteint est ordinairement celui des ganglions sus-pancréatiques, puis les ganglions du hile du foie, puis les ganglions du méso-côlon transverse.

L'envahissement des ganglions mésentériques, lombos-aortiques, iliaques, intra-thoraciques ne présentent guère d'intérêt au point de vue opératoire.

L'adénopathie sus-claviculaire est parfois liée à la carcinose du canal thoracique; elle n'existe que dans une proportion relativement faible, vis-à-vis des cancers de l'estomac (4 pour 17).

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Poser d'abord le diagnostic de la lésion, en localiser ensuite le siège, envisager le degré d'évolution du néoplasme, s'enquérir de l'état des autres appareils, et formuler une ligne de thérapeutique (opératoire dans la plupart des cas, simplement médicale dans un nombre plus restreint d'autres) : telle est la division que nous nous proposons de suivre dans l'étude clinique que nous allons faire du cancer sous-cardiaque.

GÉNÉRALITÉS. — Ordinairement, c'est entre 40 et 50 ans qu'apparaît le cancer; « c'est l'âge des néoplasmes », mais cette assertion est loin d'être absolue. « Considéré longtemps comme une rareté pathologique, le cancer de l'estomac, chez la femme, a pris rang, ces dernières années, dans la clinique médicale, et les observations publiées en sont devenues plus nombreuses, contrôlées soit par l'anatomie pathologique, soit par les opérations. » (Essard, thèse de Lyon, 1907.)

Scheffer, à la suite d'une enquête statistique, montra qu'on peut le rencontrer à tous les âges. Mathieu, dans

sa thèse, en fait une étude approfondie. La caractéristique du cancer de l'estomac chez la femme est d'être de marche rapide, de se terminer rapidement par des accidents plus ou moins brusques, de n'être pas latent et d'être méconnu le plus souvent, car la maladie ne s'accompagne pas, en général, de cachexie; l'appétit reste conservé, et les troubles digestifs sont réduits au minimum.

Il était nécessaire de rappeler qu'on pouvait rencontrer 2 p. 100 de cancer avant 30 ans (statistique d'Ott et Reichert sur 400 cas). Cette notion de l'âge est bien connue, du moins pour le cancer épithélial. « Cette prédominance de l'affection chez les gens âgés permet sans doute (Langerhans) de ne pas trop s'alarmer de l'augmentation de fréquence du cancer », car la durée de la vie s'élève avec les progrès du bien-être, et le nombre des sujets exposés de ce fait au cancer croît parallèlement. D'un autre côté, les diagnostics plus soigneux qu'autrefois permettent de compter un certain nombre de cancers, qui auraient jadis passé inaperçus. (Faisant, thèse de Lyon, 1907.)

L'influence des causes morales reste à démontrer, malgré l'opinion très affirmative d'un grand nombre d'auteurs, en ce qui concerne l'estomac surtout.

Les influences ethniques et climatiques sont encore plus douteuses. Les races blanches seraient davantage prédisposées; les cancers seraient rares sur le littoral, fréquents dans les pays boisés et montagneux (Fiessinger).

L'hérédité reste également insuffisamment démontrée. L'affirmation « d'une diathèse cancéreuse » (Cruveilhier)

repose trop souvent sur les dires du malade, lesquels doivent plutôt inspirer un sage scepticisme.

La contagion et l'inoculation semblent possibles, mais pratiquement, il est impossible d'en parler (Faisant).

Les antécédents locaux ont plus d'importance; la fréquence des épithéliomas sur les cicatrices est résolue depuis les publications de Poirier, Duplan, Sanerot (thèse de Lyon, 1907), et l'ulcéro-cancer est nié pour bien peu.

L'action d'un traumatisme local antérieur est à retenir.

Les rapports du cancer et de la syphilis sont indubitables (Horand).

La gastrite chronique est invoquée par beaucoup d'auteurs; on devra donc toujours rechercher avec soin les antécédents alcooliques des malades, et ce fait expliquerait peut-être la prédominance du cancer de l'estomac chez l'homme, fait surtout évident chez la clientèle hospitalière.

L'influence des professions, des intoxications (arsenic, cuivre, paludisme) est souvent le fait d'une coïncidence, trop rare pour permettre une induction raisonnée.

On nous pardonnera de nous être appesanti un peu longuement peut-être sur les signes précédents, dont la valeur est évidemment incertaine, mais trop souvent les signes classiques peuvent manquer, et trop souvent la maladie, longuement latente, ne peut être dépistée que par un interrogatoire serré, car « le diagnostic du cancer est chose difficile » (Letulle, Hayem).

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX. — Ils ont plus d'importance. L'habitus extérieur du malade, « l'air cancéreux » a fait pressentir plus d'un diagnostic, et les anciens cliniciens

savaient profiter de la valeur du symptôme. Il trompe rarement un œil exercé.

C'est d'abord la décoloration des téguments qui frappe. Le teint jaune paille du malade (anémie symptomatique) attire l'attention du médecin, comme il attirera celle de l'entourage. C'est aussi l'amaigrissement considérable avoué par beaucoup, et qu'on ne rencontre guère à pareil degré que chez les convalescents de longues maladies, ou dans les grandes infections, comme la tuberculose.

Certains malades viennent consulter quand ils sont déjà dans un véritable état squelettique. Les téguments sont pâles, le visage émacié, les muqueuses, spécialement les conjonctives, tout à fait décolorées, la peau se soulève en plis larges et durables et desquame en lamelles, les masses musculaires sont flasques et réduites de volume. Les parois abdominales contractées rendent la palpation difficile. Des troubles trophiques légers ne sont pas rares. La perte des forces évolue en même temps.

L'amaigrissement peut acquérir des proportions considérables : tel malade perd 15 kilos dans un laps de temps très court, et cela d'autant plus rapidement que les vomissements sont abondants et répétés. D'autre part, au contraire, l'état général reste bon plus ou moins longtemps, mais toujours l'anémie s'installe définitivement, et le malade, trop souvent trompé par l'ensemble de ces symptômes qu'il croyait bénins, est emporté par la cachexie, sans avoir pu profiter des ressources incontestables d'une intervention opératoire.

Quelquefois, la fièvre s'allume; ce peut être une fièvre de néoplasme, ou plus souvent un état fébrile traduisant la présence d'une infection qui s'allume.

Le pouls est mou, petit, témoin de la faiblesse de l'impulsion cardiaque.

A la période ultime, le chiffre des globules rouges diminue progressivement; leur nombre atteint à peine un million, et même au-dessous, par millimètre cube. Les altérations globulaires, rares au début, peuvent apparaître à la fin de la maladie; elles sont caractérisées par la présence de globules nains, de globules géants, et quelquefois de globules rouges à noyau. La quantité d'hémoglobine par volume de sang diminue progressivement avec le nombre des globules. Tantôt les leucocytes restent en nombre normal, tantôt ils augmentent (polynucléose).

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Leur importance est grande; ce sont eux qui ouvrent la scène, ils dominent la symptomatologie. Au début de l'affection, la maladie revêt l'apparence d'une dyspepsie banale, mais bientôt les symptômes s'aggravent, se précisent et simulent à s'y méprendre ceux d'une sténose œsophagienne. Avant de les aborder séparément et d'en faire une étude aussi approfondie que le mérite leur importance, étudions les signes prémonitoires.

Souvent des troubles dyspeptiques à évolution chronique sont les signes du début (Terrier). Et alors, ils revêtent une allure aiguë, ou bien apparemment, d'une façon définitive, à l'occasion d'une indigestion. Les malades se plaignent de pesanteurs à l'épigastre après les repas, de lenteur des digestions, et de douleurs plus ou moins vives siégeant à l'épigastre, avec irradiation dans l'abdomen, l'hypogastre, les lombes et la région rétro-

sternale. Tantôt, au contraire, ce sont des vomissements répétés, apparaissant sans cause, et suivant de près l'ingestion des aliments. L'appétit disparaît ordinairement, et à ce symptôme s'associe quelquefois un dégoût électif pour la viande et les aliments gras.

L'appétit peut être conservé; n'a-t-on pas décrit une forme boulimique du cancer (Hayem), caractérisée par de véritables fringales ?

Cette première période pourrait s'appeler : « Phase des erreurs de diagnostic ». Effectivement, les symptômes, l'état général quelquefois bon du malade forcent l'erreur. Aussi bien durant cette période, le malade demande rarement l'avis du médecin; si, plus avisé, il consulte, il avoue, en général, des troubles dyspeptiques, et un traitement médical approprié est rapidement institué. Alors survient une amélioration des phénomènes digestifs, d'autant plus durable que l'observation du régime alimentaire et médicamenteux sera mieux suivie.

Mais quand elle existe, l'erreur dure peu, et des phénomènes plus précis, plus durables, plus alarmants viennent avertir le malade, en même temps qu'ils font toucher du doigt au médecin l'erreur involontaire.

Quand le malade n'est pas rappelé à la gravité de l'affection dont il est porteur par une hématomèse, que rien n'aurait pu faire pressentir ; la plus grande fréquence des douleurs, quelquefois l'accroissement de leur intensité ou l'apparition des vomissements, leur ténacité, en même temps qu'une dysphagie préexistante font qu'à les bien observer on n'hésite plus à leur reconnaître une origine néoplasique.

L'apparition des grands symptômes, leur orientation,

leur cohésion ne tardent pas à se faire, et ici encore comme nous allons le voir, une nouvelle erreur de diagnostic, bien vite rectifiée par un esprit sagace, peut avoir lieu. Le cancer sous-cardiaque simule à s'y méprendre une sténose œsophagienne.

LES VOMISSEMENTS. — Sont plutôt des régurgitations. Ces pseudo-vomissements apparaissent quelques minutes après l'ingestion des aliments, presque sans efforts, sans trop de douleurs, sans participation des muscles abdominaux, ni du diaphragme. Ils sont suivis de la disparition des phénomènes de pesanteur et d'oppression si pénibles éprouvés par le malade. Ils sont d'autant plus abondants et d'autant plus tardifs que la distension de la poche sous-cardiaque est plus grande. Ils sont composés de mucosités glaireuses plus ou moins sanguinolentes. Les purées et le pain ne paraissent pas expulsés. Ces vomissements exhalent une odeur de beurre rance et ne sont pas acides. Ils ne contiennent pas d'acide chlorhydrique, et on peut y trouver des fragments de viande intacts, à cause de l'absence de cet acide. Dans l'intervalle des régurgitations, les malades sont sans cesse tourmentés par une abondante salivation, communiquant à l'haleine une odeur désagréable, et Bouveret a vu des malades « sans cesse occupés à se laver la bouche ».

Quelquefois, la régurgitation se produit pendant le repas; alors le malade peut aller vomir et se remettre ensuite à table.

Les vomissements aqueux sont fréquents, et les eaux du cancer ont été bien décrites. MM. Delore et Leriche insistent sur la valeur sémiologique des vomissements

aqueux. Les « pituites néoplasiques » (Moussault) prétendent souvent à erreur, car elles peuvent exister chez les alcooliques atteints de gastrite, en l'absence de tout cancer.

L'absence d'acide chlorhydrique, à moins qu'il ne s'agisse d'ulcéro-cancer, est un fait toujours noté. Elle ne tient pas à la présence de la tumeur, car il ne reparait pas après une ablation, mais est une conséquence de l'atrophie glandulaire, que l'étude histologique du néoplasme nous a montrée.

LA DYSPHAGIE. — C'est un des premiers symptômes avoués par le malade, et nous la constatons d'une façon à peu près constante dans les lésions sténosantes de la région du cardia. Au début, le patient déglutit assez facilement les aliments solides, mais bientôt le pain et les viandes ne sont avalés qu'avec une gêne croissante. Il est obligé de s'alimenter plus lentement, de mastiquer d'une façon plus consciencieuse et d'espacer davantage ses déglutitions. Bientôt, cette déglutition, qui n'était pénible que pour les aliments solides, le devient pour les aliments demi-solides ou liquides, vers lesquels le malheureux patient s'est naturellement porté. Déjà, il s'inquiète beaucoup de cette modification anormale de ses fonctions organiques. Elle le frappe ordinairement beaucoup plus que les vomissements. Des alternatives de gêne croissante et de bien-être le rassurent un peu, mais bientôt, avec les progrès de la maladie, la dysphagie s'installe, progressivement plus intense, et nécessite une impérieuse diminution de l'alimentation. Hormis les symptômes généraux, voilà le premier signe important

de la maladie ; important, parce que le malade y attache la gravité qu'il mérite, car bientôt c'est à grand'peine s'il pourra réussir à ingérer lentement, « avec précaution et par très petites gorgées, quelques cuillerées de lait ou de bouillon. Parfois, il reste plusieurs heures, même une journée sans faire pénétrer une goutte de liquide dans son estomac » (Bouveret).

LA DOULEUR. — Au début, elle est peu prononcée et n'existe guère que sous la forme de dysphagie, ou bien encore sous la forme de pesanteur ou de sensation de ballonnement au creux épigastrique ; alors elle est liée aux phénomènes dyspeptiques. Puis la douleur locale s'installe pour devenir persistante ; elle est variable dans son expression, suivant les sujets et chez le même sujet, car c'est un phénomène essentiellement subjectif, et l'appréciation que le malade en donne est évidemment l'expression de sa propre impressionnabilité, « ordinairement sourde, profonde et continue », elle se localise derrière l'appendice xyphoïde et la région sous-costale, et peut s'irradier vers l'œsophage et même jusqu'au pharynx, sous la forme de brûlures. Elle peut être ressentie dans le dos : elle est alors l'indice d'un envahissement probable du tissu cellulaire rétro-péritonéal. Les irradiations peuvent se faire suivant les espaces intercostaux et gagner même l'épaule. La pression active du creux épigastrique ou de la région dorsale n'augmente pas l'intensité des phénomènes douloureux, ordinairement. Après le repas, les douleurs modifient leurs caractères. Le malade éprouve alors une sensation de plénitude abdominale et thoracique, compliquée d'angoisse, qui l'ont fait comparer à l'angine de poitrine (Pothain).

Le siège de la douleur varie ; il est indépendant de celui de la tumeur. Hanot a prétendu cependant (*Archives générales de Médecine*, 1881) que les tumeurs de la région du cardia se localisent en un point, plus directement en rapport avec le siège du néoplasme. La plus grande fréquence de la scapulalgie à gauche viendrait à l'appui de ce fait.

Faite avec soin, la palpation pourra nous fournir des renseignements sur ce phénomène, mais il ne faut pas oublier, comme le fait judicieusement remarquer Glénard, que : « La douleur dite stomacale, provoquée par la pression de l'épigastre, peut avoir son origine et son siège en dehors de l'estomac. Elle peut être due au foie, dont l'interposition entre l'estomac et la paroi abdominale a été oubliée ou méconnue. » Si cette douleur est localisée à droite, à une distance très petite du rebord costal, si elle ne se déplace pas avec les changements de position donnés au malade, mais s'abaisse un peu seulement, et enfin si le rebord hépatique peut être saisi par le procédé du pouce en particulier, on peut assurer que c'est au foie qu'il faut rapporter le phénomène douleur. D'autre part, l'examen étant fini, si la douleur s'aggrave, il s'agit du foie ; si elle diminue, il s'agit de l'estomac.

Mais ce serait mal connaître les allures cliniques du cancer de l'estomac, que de s'attendre à rencontrer la douleur comme un phénomène constant. Certains malades meurent sans avoir jamais éprouvé de douleur vraie, abstraction faite des phénomènes locaux de dyspepsie dont nous avons parlé au début.

La douleur du cancer est ordinairement lancinante et bien différente de celle de l'ulcère. Elle n'est pas due à la

stase alimentaire, car elle ne disparaît pas après les vomissements. Autre fait intéressant : quand la tumeur s'ulcère, l'intensité de la douleur n'augmente pas. Enfin cette intensité est plus grande chez le cancer des jeunes.

Il est évident aussi que les cancers des orifices étant les plus douloureux, on pourra approximativement se baser sur ce caractère pour localiser la tumeur.

LES HÉMATÉMÈSES. — L'hématémèse classique, telle qu'on la dépeint dans le cancer de l'estomac, n'existe pas ici. Elle ne se rencontre que sous la forme de filets sanguinolents, d'abondance plus ou moins grande et mêlée aux régurgitations. Néanmoins, il faut tenir compte de ces glaires sanguinolentes, sans cesse répétées, et en réalité la fréquence du symptôme hématémèse est ici peut-être plus importante qu'on ne le croit, car quelquefois le sang suinte d'une façon insensible à la surface de l'ulcération ; il se digère et colore en gris sale les matières vomies, sans que l'intensité de cette teinte attire l'attention. Mais il est évident cependant que si le cancer s'ulcère, une véritable hémorragie pourra se produire et aura tous les caractères de l'hématémèse.

LE HOQUET. — C'est un phénomène commun dans les néoplasmes du cardia. Il peut avoir son importance, mais il a été mal étudié. Il procède par accès parfois longs de plusieurs jours, et c'est une autre cause de souffrance ajoutée à celles déjà nombreuses supportées par le malade. Ordinairement, c'est un symptôme qui appartient à une époque avancée de la maladie.

Bientôt l'état des fonctions digestives laisse complète-

ment à désirer. La langue est plus ou moins saburrale. L'haleine dégage, suivant les cas, une odeur fade ou fétide. La constipation est habituelle, entrecoupée parfois de crises diarrhéiques. Les mélénas sont rares.

L'étude des symptômes fonctionnels nous montre évidente l'existence, soit d'une sténose de l'œsophage, soit d'une sténose du cardia. Effectivement, la dysphagie, les régurgitations immédiates, les caractères de la douleur et des hématemèses appartiennent à ces deux lésions plutôt qu'à une lésion néoplasique de l'estomac proprement dite, et c'est avec les deux premières localisations que l'erreur commise est la plus fréquente.

Nous allons étudier maintenant les signes physiques du cancer sous-cardiaque. Parmi ces signes, les uns sont encore capables de nous induire en erreur, mais il en est d'autres qui ont trait, soit à l'exploration directe de l'œsophage (cathétérismes, œsophagoscopie, radioscopie), ou de l'estomac (gastrodiaphanie, insufflation, radioscopie, radiographie), qui nous permettront d'arriver presque toujours à un diagnostic exact de localisation.

Les signes physiques proprement dits (inspection, palpation, percussion, auscultation) sont infidèles ou inconstants, néanmoins, il faut toujours en rechercher l'expression.

A l'inspection, nous trouvons rarement une tumeur visible, et cela se comprend facilement, si l'on pense à la situation profonde de la région sous-cardiaque.

A LA PALPATION. — Rarement aussi nous arriverions à la sensation nette d'avoir perçu une tumeur. Toutefois, si la palpation est positive, elle le sera ordinaire-

ment sous le rebord costal gauche. Pour la pratiquer convenablement, il faut suivre les règles données par Glénard. La main sera fortement appliquée sur la paroi abdominale antérieure et enfoncée profondément, sans secousses brusques, sous l'appendice xyphoïde et le rebord costal, elle glissera ensuite de haut en bas sur la paroi vertébrale, un premier ressaut sera dû au pancréas et enfin la main arrivera sur la face antérieure de l'estomac dont elle notera d'une façon aussi précise que faire se peut, les diverses modifications de forme ou de consistance qu'elle rencontrera. Le procédé, s'il est pratiqué selon les règles, donne des résultats excellents, mais demande une réelle habitude (Bouveret). Pratiqué sur un sujet dont la paroi abdominale est fortement contracturée, il est impossible. Pratiqué, au contraire, sur un sujet maigre relâchant très bien ses muscles, il donnera des résultats excellents et faciles à obtenir.

LA PERCUSSION. — Elle donne peu de renseignements et peut même induire en erreur ; l'estomac n'a pas, comme le foie, un timbre facilement saisissable, il est entouré d'organes dont le timbre de sonorité ne diffère pas sensiblement du sien : c'est le poumon en haut, l'intestin en bas.

Dans la pratique, on institue différents procédés pour arriver à le délimiter. Les uns tendent à diminuer sa sonorité, d'autres à l'augmenter.

Pour diminuer la sonorité de l'estomac :

- 1° On le remplit d'eau (Penzoldt et Dehio) ;
- 2° On introduit dans sa cavité un ballonnet plein d'eau correspondant à un manomètre (Quiérols et Laudi).

Pour augmenter sa sonorité, on l'insuffle au moyen de poudres effervescentes (ingestion de 1 à 3 grammes d'acide tartrique, suivie immédiatement d'une égale quantité de bicarbonate de soude).

La succussion digitale est une invention de Chomel : elle fut précisée dans sa technique et ses résultats, par Bouchard. Elle a pour but de rendre perceptible le bruit de clapotage dû au conflit des liquides et des gaz contenus dans la cavité stomacale, quand on imprime à la paroi une série d'impulsions brusques. Elle doit être pratiquée l'estomac vide, c'est-à-dire cinq à sept heures après le repas. Son importance diagnostique augmentera d'autant plus qu'elle sera pratiquée à une date plus éloignée du repas.

Pour pratiquer l'insufflation, Debove et Achard recommandent le procédé suivant :

1° Préparer d'avance une solution contenant 3 grammes d'acide tartrique par cuillerée à soupe ;

2° Des paquets contenant 3 grammes de bicarbonate de soude. On administre une cuillerée à soupe de la solution, puis un paquet. L'estomac se dessine sur la paroi. Si l'insufflation est insuffisante, il faudra recommencer.

Il ne faut pas donner de trop faibles quantités, car alors l'insufflation est insuffisante, par de trop fortes quantités le malade est incommodé.

L'examen du viscère à travers la paroi se fait de face ou à jour frisant. La tumeur peut devenir apparente, soit à la vue, soit au palper, soit à la percussion, d'autrefois, ne pas apparaître, surtout chez les sujets gras, où l'insufflation ne donne aucun résultat.

Des ondes péristaltiques peuvent se dessiner sur la

paroi, elles ont une valeur diagnostique de premier ordre, surtout au point de vue opératoire.

L'AUSCULTATION peut donner des résultats plus précis sans être absolus, elle doit être exécutée suivant les règles posées par Hamburger. Il faut placer le stéthoscope en arrière, près de la colonne vertébrale et à droite de cette dernière. Lorsqu'il existe des modifications, des bruits œsophagiens, ils sont incontestablement plus nets en arrière qu'en avant (Lion).

« Normalement, l'auscultation de l'œsophage permet d'entendre deux bruits séparés par un court intervalle de temps : le premier est une sorte de gargouillement qui correspond à la déglutition pharyngo-œsophagienne ; le second donne la sensation d'un sifflement ou d'un glouglou qui se produit au moment où le liquide passe à travers le cardia. »

Ces bruits peuvent ne pas exister, et il n'est pas rare de constater que le second fasse défaut (Hayem et Lion). Il peut même exister, alors qu'il y a une sténose du cardia.

« Enfin, en auscultant le creux épigastrique suivant Kronecker et Meltzer, on entend deux bruits : le premier serait le bruit de projection, et le second le bruit de pression. On a essayé d'utiliser pour le diagnostic des affections de l'œsophage les modifications de ces bruits, mais les interprétations de ces phénomènes sont pleines de contradictions et les conclusions à en tirer pour le diagnostic positif ou négatif d'une lésion de l'œsophage à peu près nulles. »

EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE. — Se fait avec une sonde molle ou un cathéter semi-rigide. Avec la sonde molle on obtient des renseignements précis. C'est un mode d'exploration ouvert à toutes les mains, puisqu'il est sans danger. En même temps que l'exploration anatomique, il permet l'exploration physiologique de l'estomac par lavage. Après ou sans repas d'épreuve, il permet l'analyse du liquide stomacal. Avec ce mode d'exploration, on s'aperçoit, non seulement que la sonde pénètre facilement dans l'estomac, mais, à notre avis, un signe d'une certaine valeur peut être observé. Si par là sonde on introduit de l'eau, l'estomac doit se remplir très rapidement et, en effet, les vomissements feront bien vite refluer les liquides dans le pharynx et la bouche, le long de la sonde, au fur et à mesure qu'on introduit ce liquide. Ce fait ressemble un peu à ce qui se passe dans la lésion que Soupault a décrite sous le nom de rétraction atrophique de l'estomac.

Avec la sonde à boule olivaire, nous obtenons un renseignement décisif sur l'état pathologique de l'œsophage. Ce mode d'exploration renseigne sur le siège de la sténose, sur son degré, sur sa forme, sur sa consistance. L'existence d'un anévrysme est une contre-indication à ce cathétérisme. Le patient sera assis sur une chaise à dossier droit, la tête légèrement rejetée en arrière, le visage tourné en haut. Au préalable, il sera averti du réflexe désagréable fourni par le contact de la sonde avec la paroi pharyngienne. Le cathéter sera tenu de la main droite, à 10 centimètres de son extrémité, à la façon d'une plume à écrire, et suivra l'index gauche enfoncé jusqu'à la base de la langue qu'il déprime et attire à lui.

Un mouvement de bascule fera pénétrer la sonde dans le pharynx. Elle arrivera dans l'œsophage et l'estomac par simple progression.

On verra ainsi que facilement la sonde pénétrera dans l'estomac sans avoir subi de temps d'arrêt dans son parcours œsophagien.

RADIOSCOPIE. — Elle nous sera d'un puissant secours en démontrant également l'intégrité du tube œsophagien. Ce procédé a une valeur diagnostique considérable. Il permet de suivre la déglutition œsophagienne et d'en analyser les anomalies. Pour pratiquer l'examen on se sert d'une substance de densité élevée et d'action physiologique inoffensive (sous-nitrate de bismuth). Béclère recommande l'emploi successif des trois procédés suivants :

1° Une petite quantité de bismuth est délayée dans 100 grammes d'eau et après agitations, le malade prend cette solution ; le bismuth chemine sur les parois œsophagiennes : si la sténose est serrée, infranchissable, le dépôt a lieu au-dessus, si la sténose est de stricture moyenne, le bismuth se dépose sur les parois de la filière.

2° Si le procédé précédent ne réussit pas, on fait avaler au malade un cachet de bismuth qui s'arrête au niveau du point rétréci : il y reste immobile ou alors exécute des mouvements d'ascension ou de descente, en rapport avec les contractions œsophagiennes.

3° Si la deuxième épreuve est négative, on fait avaler au malade un morceau de pain bien cuit qui oblitère l'orifice et ensuite un cachet de bismuth.

Ces différentes manœuvres dépisteront la lésion œsophagienne, si elle existe, et montreront que les régions

cardiaque ou sous-cardiaque sont indemnes. Dans le cancer cardiaque, si la sténose le permet, le cachet de bismuth arrive à l'endroit rétréci, s'arrête et disparaît à la radioscopie, dans l'ombre hépatique, sans qu'on puisse en tirer de conclusion. On fera prendre alors rapidement un lait de bismuth et toute la zone sus-diaphragmatique apparaîtra sous la forme d'une bande sombre.

La radiographie a l'immense avantage de donner une image durable et souvent plus facile à interpréter par un homme du métier, que l'image fugace de la radioscopie. La technique précise et rapide est féconde en résultats. Elle montre quelles ressources on peut tirer d'elle dans le cas particulier de notre étude. Elle doit être pratiquée en postéro-antérieure, c'est-à-dire le malade couché sur le ventre et l'écran dirigé perpendiculairement sur lui.

OESOPHAGOSCOPIE. — C'est une invention de Smelder et Størck. Les contre-indications sont les mêmes que celles du cathétérisme. Le malade doit être à jeun et il est même préférable de lui laver l'estomac, pour empêcher le reflux des aliments qui peuvent y être contenus. Rosenheim conseille l'anesthésie du pharynx et de l'œsophage, pour éviter les contractions. « Le malade est placé sur un fauteuil à examen gynécologique, dans la position inverse de celle qu'on fait prendre à la femme pour cet examen. » On introduit dans la bouche le tube muni de son mandrin. Lorsque la partie molle du mandrin a pénétré dans l'œsophage, on est sûr de la réussite de l'opération, il suffit ensuite de l'enfoncer par une pression douce en suivant la ligne médiane. Nous n'insisterons pas sur la technique décrite toute au long dans les classiques. La

muqueuse de l'œsophage apparaît rouge pâle sur toute la longueur du conduit. Si l'œsophage est dilaté, le tube y descend et y est déplacé avec grande facilité ; les rétrécissements s'y montrent avec une netteté qui n'échappe surtout pas à un œil exercé. Le cardia apparaît toujours comme un orifice béant. L'endoscopie permet la vision directe de ses parois et nous renseignera par conséquent sur son état anatomique et physiologique. Si le cardia était au contraire le siège d'une sténose quelconque, il se traduirait à l'examen œsophagoscopique par un effacement de la lumière de son orifice. L'œsophage et le cardia sont donc exclus du diagnostic, grâce aux méthodes précédentes et c'est à l'estomac qu'on devra rapporter la cause des phénomènes pathologiques étudiés plus haut. Si toutefois une hésitation subsistait, la laparotomie, qui s'impose d'ailleurs comme traitement thérapeutique, serait un adjuvant utile et inoffensif.

GASTRODIAPHANIE. — C'est un mode d'exploration de l'estomac qui consiste à placer dans sa cavité une sonde portant à son extrémité une petite lampe électrique. L'examen est fait dans l'obscurité, les rayons lumineux perforent les parois et arrivent à l'extérieur. C'est un procédé d'exploration actuellement peu en faveur. D'ailleurs, les renseignements qu'il est susceptible de donner dans l'étude du cancer sous-cardiaque sont bien restreints.

CHAPITRE III

LE DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons vu, le diagnostic de la lésion se fait facilement par les procédés habituels (interrogatoires, symptômes généraux, symptômes fonctionnels), le diagnostic de la localisation est à peu près impossible avec les ressources précédentes, il faut alors se servir du cathétérisme explorateur, de la radioscopie, de la radiographie, de l'œsophagoscopie et, enfin, de la laparotomie exploratrice.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

- 1° Le cancer de l'œsophage (sténose cancéreuse ou cicatricielle, dilatation idiopathique, syphilis) ;
- 2° Le cancer du cardia ;
- 3° Le cancer des faces, accessoirement ;
- 4° Le cancer du pylore, accessoirement.

AVEC LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE. — Le diagnostic se basera sur les faits suivants :

- 1° La toux, la dyspnée, les palpitations douloureuses et les phénomènes hyposystoliques sont fréquents dans le cancer de l'œsophage, plus rares dans le cancer sous-cardiaque ;

2° Les phénomènes généraux sont plutôt ceux de l' inanition progressive que ceux de la cancérisation ;

3° Les phénomènes douloureux sont plus accentués et surviennent tôt ;

3° La sélection alimentaire faite par le malade a lieu bien plus tôt que dans la forme sous-cardiaque ;

4° Les phénomènes de dénutrition sont plus rapides ;

5° Les hématomèses sont rares mais plus fréquentes que dans le cancer sous-cardiaque ;

6° Il n'y a pas non plus de méléna ;

7° Les régurgitations sont plus immédiates ;

8° La terminaison par fistulisation est extrêmement fréquente ;

9° La salivation plus abondante ;

10° Les compressions nerveuses ne sont pas rares ;

11° Enfin, la radiographie, la radioscopie, l'œsophagoscopie donnent des résultats absolument certains ;

12° Le cathétérisme avec la sonde rigide à boule olivaire permet d'éviter la confusion dans la majorité des cas, mais quelquefois les parois de la poche se laissent déprimer, et la sonde arrive au fond de la poche et même au-dessous du rétrécissement. Dans cette position, la sonde peut également se replier sur elle-même et laisser croire qu'elle a pénétré dans l'estomac. Alors, Meltzer conseille l'administration du sulfate d'atropine à l'intérieur. Si le sulfate d'atropine est retenu dans l'œsophage, il n'est pas absorbé et la pupille ne se dilate pas, au contraire, si le médicament arrive dans l'estomac, la pupille augmente rapidement son diamètre. Meltzer cite deux faits nettement positifs ;

13° L'examen du chyme gastrique ne prouve rien, le

liquide de la poche œsophagienne ne contenant pas non plus d'HCl.

AVEC LE CANCER DU CARDIA. — Palpation négative.

Douleurs variables localisées à la région épigastrique avec irradiations lombaires. Peu ou pas d'hématémèses.

Vomissements peu abondants survenant peu de temps après l'ingestion des aliments.

Dysphagie prononcée dès le début de l'affection.

Estomac non dilaté.

Le cathétérisme fait avec la sonde à boule olivaire démontre l'existence d'une stricture plus ou moins serrée avant l'arrivée dans l'estomac.

La radioscopie montre l'arrêt du cachet de bismuth au-dessous du rétrécissement.

La radioscopie après absorption du lait de bismuth montre la dilatation sus-stricturale. L'œsophagoscopie donne des résultats nettement positifs.

Dans le cancer sous-cardiaque :

La tumeur est difficile à palper, mais après insufflation on peut arriver à la saisir. Les douleurs sont également variables.

Les vomissements présentent les mêmes caractères.

La dysphagie existe presque toujours.

Mais la radioscopie et l'œsophagoscopie montrent le cardia intact.

Le cathétérisme permet l'entrée de la sonde dans l'estomac.

AVEC LE CANCER DES FACES. — Les orifices restant libres, le cancer des faces évolue souvent silencieusement

pendant une période assez longue, jusqu'au moment où la tumeur devient appréciable à l'extérieur, c'est-à-dire jusqu'à une phase avancée de la maladie, on peut croire à une gastrite chronique.

Il débute ordinairement par des troubles dyspeptiques persistants.

Douleurs épigastriques diffuses augmentées par la pression.

Hématémèses (33 p. 100, Brunton).

Existence de méléna.

La palpation sans artifices préalables permet de percevoir la tumeur à travers la paroi, surtout lorsqu'elle occupe la face antérieure ou la grande courbure. Elle donne l'impression d'une masse arrondie comme un œuf ou d'un plastron diffus.

Pas de dysphagie.

AVEC LE CANCER DU PYLORE. — Le diagnostic n'est même pas à faire, car les signes en sont trop différents, l'estomac est énorme, dilaté, les vomissements très abondants surviennent cinq, sept heures et jusqu'à trois jours après l'ingestion des aliments. Dans le cancer sous-cardiaque, l'estomac est petit, les vomissements ont le caractère de régurgitations.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION, DURÉE, TERMINAISON DU CANCER SOUS-CARDIAQUE

A mesure qu'elle progresse la maladie complète et aggrave sa symptomatologie ; aux signes fonctionnels et locaux quand ils existent, se sont joints les signes généraux : cachexie, amaigrissement, perte des forces. La fièvre peut s'allumer souvent, alors elle est l'indice d'une affection pulmonaire ou broncho-pulmonaire. Greffe facile sur un terrain aussi bien préparé. La déshydratation des tissus due aux vomissements, jointe à l'action des toxines cancéreuses, atteint grandement le jeu déjà troublé des organes. Le malade est voué à l'immobilité et à l'anéantissement physique complet. Cette déchéance contraste étrangement avec l'état des organes des sens et de l'intelligence, qui restent intacts jusqu'au dernier moment.

Le cœur est généralement indemne de toute lésion organique.

La marche de l'affection est continue et progressive. Elle peut être lente ou rapide. Des améliorations quelquefois longues peuvent survenir. Elles impressionnent favorablement l'entourage et le médecin même. Elles

tiennent soit à la fragmentation du cancer, soit à une alimentation bien dirigée ou à un traitement médical institué de façon judicieuse. Mais, en quelques jours la maladie peut s'aggraver dans des proportions effrayantes. La durée moyenne oscille entre douze et quinze mois. Ce chiffre est évidemment approximatif, car l'instant du début est bien difficile à préciser. Plus ou moins rapidement le cancer franchit ces étapes, et aboutit fatalement à la mort par des mécanismes différents :

a) La tumeur se propage au voisinage (périgastrite adhésive), concurremment elle ulcère un gros vaisseau, et une hématomèse rouge vif entraîne une mort brusque et rapide ;

b) Par péritonite aiguë due à une perforation (rare) ;

c) Par fistulisation (côlon transverse, intestin grêle, plèvres, bronches, péricarde), alors les régurgitations disparaissent, mais sont remplacées par des vomissements fécaloïdes ;

d) Par propagation, tantôt au foie, tantôt au péritoine, à la plèvre, aux poumons (soit par les espaces lymphatiques du diaphragme, soit par la voie sanguine). Enfin, les propagations à distance peuvent se faire.

Complications infectieuses. — Pyléphlébite, suppurations du foie, pleurésie purulente, péricardite, arthrite purulente, phlegmatia alba dolens (Trousseau), pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, et surtout, tuberculose pulmonaire qui est la fin la plus ordinaire de ces maladies.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT

Il pourra être médical ou chirurgical et, dans ce dernier cas, palliatif ou curatif, suivant le degré d'évolution de la lésion.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le professeur Albert Robin a bien mis en relief les avantages d'un traitement médical qui, sans prétentions curatives, mais efficacement palliatif, peut entraîner des survies assez prolongées. En tout cas, si l'on n'obtient pas de survies très longues, on dispose de moyens assez importants pour calmer la souffrance des malades dans la plupart des cas, et leur donner au moins un peu d'espérance. Ce traitement symptomatique est indiqué au début de l'affection au moment où les troubles dyspeptiques dominent la scène et égarent le diagnostic ainsi qu'à la période cachectique, quand le malheureux patient est en proie à des douleurs violentes, et à des vomissements incessants. « Au total, le traitement médical est le traitement des extrêmes. »

Bien plus, l'insuffisance du traitement médical vis-à-vis des accidents du début fait œuvre utile en permettant une mise au point du diagnostic, à moins qu'un symptôme grave et inattendu n'ait déjà permis de le faire.

On a prêté à certains médicaments des vertus anticancéreuses ; en réalité ils ne les possèdent pas, mais ils peuvent rendre de réels services. Les divers sérums anticancéreux proposés ces dernières années n'ont pas de valeur thérapeutique à retenir. Le condurango est un excellent tonique et en même temps un apéritif. On le prescrit soit sous la forme de teinture ou d'extrait (X gouttes avant les repas), ou de la façon suivante :

Ecorce de candurango blanc.....	15 gr.
Eau de fontaine.....	350 —

Porter à l'ébullition et réduire.

Le chlorate de soude (Brissaud, 1893) améliore temporairement l'appétit.

On a prescrit le bichlorhydrate de quinine (Fiessinger), on peut l'administrer pendant huit jours par la voie sous-cutanée (région épigastrique), et pendant huit jours à l'intérieur à la dose de 0 gr. 50.

Le méthylarsinate disodique et le bromure d'or aident l'action des sels de quinine.

Une alimentation bien dirigée augmente les effets de la médication. Au dégoût des aliments on remédiera par le régime lacté absolu, ou le régime végétal. Dans les autres cas, les malades peuvent et doivent manger. Mais il faut savoir régler le régime d'après l'état des fonctions intestinales. Si ces dernières sont troublées il faut supprimer les viandes et instituer le régime végétal, en choisissant les féculents azotés, pour permettre aux malades de récupérer une partie de l'azote qu'ils perdent.

Si, au contraire, les fonctions intestinales sont peu atteintes, on recourt à une alimentation mixte qu'on adapte aux fonctions de l'estomac.

Mais, pour que le malade mange il faut lui donner de l'appétit. Les moyens ne manquent pas.

Le persulfate de soude réussit bien. On formulera :

Persulfate de soude.....	2 gr.
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe une demi-heure avant chaque repas.

Le métavanadate de soude se prescrit comme le persulfate.

Métavanadate de soude.....	0 03 cg.
Eau distillée	450 gr.

En cas d'échec on peut essayer le vin de trèfle d'eau (vin de ményanthe), 3 cuillerées à soupe avant les repas.

Le vin composé thériacal associe dans une formule unique les principaux amers.

Lorsque le malade a mangé il faut encore l'aider à digérer ses repas avec l'acide chlorhydrique en solution et les ferments digestifs.

Du commencement à la fin du repas on donnera au malade, par petites gorgées, un verre de la solution suivante :

Acide chlorhydrique pur.....	2 gr.
Eau distillée	1 litre

Au milieu des repas, un cachet avec :

Pepsine	50 cg.
Maltine	10 —

Enfin, après les repas, deux pilules kératinisées de 0 gr. 10 de pancréatine.

Les fermentations intestinales seront combattues par le fluorure d'ammonium, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 en solution:

Si les douleurs sont trop intenses on usera de la préparation suivante au moment des paroxysmes :

Chlorydrate de cocaïne.....	0 05 cg.
Codéine	0 05 —
Eau de chaux.....	160 gr.
Eau chloroformée	40 —

1 cuillerée à café après les repas et une autre au moment des crises douloureuses.

La substitution du régime lacté à l'alimentation mixte atténue les douleurs en diminuant l'excitation de la muqueuse gastrique due aux aliments.

Elle calme aussi les vomissements contre lesquels A. Robin recommande la formule suivante :

Picrotoxine	0 05 cg.
Alcool pour dissoudre.....	q. s.
Chlorhydrate de morphine.....	0 05 cg.
Surface neutre d'atropine.....	0 01 —
Ergoline Bonjean	1 gr.
Eau distillée de laurier cerise.....	12 —

IV à V gouttes de la mixture après chaque prise de lait.

Enfin, si l'intolérance gastrique est absolue, on aura recours en dernier ressort à l'alimentation rectale.

Le lavage d'estomac dans certaines formes à rétention est à recommander, il est quelquefois suivi d'un brusque retour de l'appétit et d'une amélioration des phénomènes généraux.

En résumé, l'institution d'un régime alimentaire bien réglé et bien observé, l'administration de toniques bien choisis, sont des adjuvants utiles dont il faut savoir se servir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L'insuffisance du traitement médical au début de l'affection est une impérieuse

indication pour chercher ailleurs une solution curative. Ici, la chirurgie reprend tous ses droits. Née avec la première opération de Péan, la chirurgie de l'estomac, après une fortune rapide, a joui pendant plus de vingt ans d'un discrédit absolu en France, où les opérations n'étaient que palliatives (Leriche).

En Allemagne, néanmoins, des recherches patientes sont faites et des interventions fort louables tentées. La technique pleine d'hésitation se simplifiait peu à peu et se précisa bientôt d'une façon heureuse entre les mains de Czerny, Kocher, Kraske, Mickulicz.

En 1898, la gastrectomie reparait en France avec la thèse de Guinard.

« Le cancer de l'estomac, dit Guinard, est une affection chirurgicale à toutes les périodes de son évolution. L'extirpation du cancer au début est une opération bénigne et efficace. Le cancer de l'estomac guérit par la résection. »

Malgré des opérations heureuses, heureuses parce qu'elles étaient entre des mains habiles, la mortalité restait élevée, et si la décision en faveur de l'opération ne comptait que des partisans dans le camp des chirurgiens, elle ne laissait pas que d'effrayer les médecins, qui hésitaient à conseiller l'opération à leurs malades. « Il fallait convertir les médecins et s'échapper du cercle vicieux dans lequel on se débattait. Les chirurgiens disaient aux médecins : « Nos résultats immédiats et éloignés seront meilleurs le jour où vous ferez faire des opérations précoces. » Et ceux-ci répondaient aux premiers : « Nous vous conduirons de bonne heure nos malades et nous prônerons l'intervention du jour où celle-

« ci sera bénigne. La chirurgie se devait de faire les premiers pas. Sans doute, d'ailleurs, le succès était intimement lié au diagnostic précoce et à l'intervention hâtive, et c'était là affaire aux médecins. Mais il était tout aussi important d'opérer avec une technique parfaite et sûre. » (Leriche.)

Il restait à chercher comment il fallait opérer pour éviter la récurrence, et c'est dans ce sens qu'a évolué la question depuis 1898 (Leriche).

Les communications opératoires se succèdent. D'une série de 12 gastrectomies partielles, Poncet et Delore tirent les conclusions suivantes :

« Tout cancer présumé de l'estomac exige, à une date aussi rapprochée que possible, une laparotomie qui aura d'autant moins de chances d'être purement exploratrice, qu'elle aura été pratiquée à une époque plus rapprochée du début de la maladie. A moins de contre-indications locales, qui alors pourront être considérées comme exceptionnelles, cette laparotomie sera suivie d'une résection plus ou moins étendue de l'estomac cancéreux. »

Actuellement, il serait presque impossible de réunir toutes les observations publiées.

En nous aidant de la thèse si complète de Leriche, nous voudrions, avant d'envisager chaque indication opératoire en particulier, émettre une vue d'ensemble sur les indications opératoires et la technique qui doit généralement être suivie.

1. En principe, il faut savoir que : « L'extension locale et la propagation lymphatique du cancer sont telles, qu'elles permettent souvent de se mettre à l'abri d'une récurrence, à seule condition que l'on renonce à vouloir

apprécier macroscopiquement les limites du néoplasme et que l'on opère, à l'estomac, avec la même systématique que pour le sein et l'utérus. »

2. Il existe toujours un point où l'infiltration cancéreuse s'arrête. Petersen et Colmers se sont attachés à étudier cette frontière séparant le tissu sain du tissu malade. A cet endroit il n'y a plus de prolifération épithéliale, mais des signes de compression cellulaire. Donc, si on opère en tissu sain, les chances de récurrence sont réduites au minimum. Déterminer la zone de tissu sain est donc la première investigation du chirurgien.

3. Mais le problème se complique du fait que « la muqueuse peut être saine, la musculuse et la muqueuse peuvent paraître normales, alors que la sous-muqueuse est encore histologiquement néoplasique ». (Leriche.)

« Là donc n'est pas encore la zone de contact. Elle est bien plus loin, à 3 ou 4 centimètres de l'endroit où les tuniques ont toute leur souplesse et leur aspect de tissus sains. » (Leriche.)

« Et les chiffres précédents sont un minimum qu'on aura toujours intérêt à dépasser. » Il faut donc toujours se mettre dans les cas de l'extension maxima et toujours aller au delà de ce qui semble nécessaire.

4. Il existe des moyens accessoires pour rechercher cette limite entre tissu sain et tissu malade. Bormann conseille de laver la pièce à l'eau pour la déterger et de l'examiner par sa face muqueuse, il est possible alors de voir des tractus néoplasiques partant de la zone malade et accompagner les vaisseaux dans la muqueuse saine. Confier la pièce à un histologiste est encore le moyen de diagnostic le plus sûr.

« Quand la chose est possible, un délai de huit jours, comme temps d'attente entre le diagnostic et l'opération, doit être employé à préparer et à décider le malade à l'intervention. »

On lui montrera la gravité de l'état actuel, la progression fatale des accidents et le profit considérable qu'il peut tirer de l'intervention. Pendant les deux ou trois jours qui précéderont, et le matin même de l'intervention, on pratiquera des lavages de l'estomac à l'eau bicarbonatée, bien que la question soit encore en suspens.

On pourra recourir à l'alimentation rectale intensive, si le malade est cachectique, faire des injections sous-cutanées de sérum, administrer des excitants (strychnine, digitale).

La laparotomie sera médiane, sus-ombilicale, assez grande pour permettre une exploration méthodique d'où ressortira l'opération précise à pratiquer. On explorera successivement et avec attention (von Hacker) la petite courbure, la région pylorique, la région cardiaque et la grosse tubérosité. Ensuite, on inspecte la face postérieure de l'estomac, on effondre le ligament gastro-colique au-dessous de l'artère gastro-épiploïque, on palpe la face postérieure et on cherche à se rendre compte des adhérences pancréatiques, de l'état du mésocôlon transverse et des ganglions.

« Théoriquement, tout le monde admet qu'il doit en être ainsi, pratiquement, bien peu le font. » (Leriche.)

L'inventaire ainsi fait, si la tumeur est immobile et fixée, il faut se contenter d'une intervention palliative. La qualité de l'intervention variera, bien entendu, avec la mentalité de chacun et le sentiment qu'il a de son habi-

leté ou de l'habitude qu'il a des choses de la chirurgie gastrique.

En règle générale, on peut poser que l'intervention sera curative ou palliative, et donnera une survie éminemment variable.

Curative, ce sera :

- Une gastrectomie totale.
- Une gastrectomie annulaire.
- Une gastrectomie en plaques.

Palliative :

- Une gastrostomie.
- Une œsophago-gastrostomie.
- Une jéjunostomie.
- Une laparotomie exploratrice.

GASTRECTOMIE TOTALE. — Suivant Leriche, c'est une intervention devenue banale depuis ces dernières années. Néanmoins, la mortalité s'élève encore à 39,1 (Bœckel), 39,3 (Leriche).

La mortalité a lieu quelquefois par shock, d'autres fois par pneumonie ou gangrène du côlon, mais le plus souvent par péritonite ordinairement secondaire et relevant d'une insuffisance des sutures. Si le malade survit, le résultat est en général satisfaisant, le seul inconvénient réside dans la multiplicité des petits repas. D'après Paterson, 17 p. 100 de guérisons subsistent après cinq ans.

C'est une excellente intervention « dont il y aurait intérêt à user plus largement toutes les fois que l'estomac est abaissé ou mobile. Tous les cancers étendus (sans être totaux) devraient relever de l'ablation totale de l'estomac qui seule peut mettre à l'abri d'une récurrence en pareil cas ».

GASTRECTOMIE ANNULAIRE. — C'est l'ablation d'un segment intermédiaire de l'estomac, l'exérèse portant sur tout le pourtour de l'organe, mais n'intéressant pas les orifices.

L'opération se fait en deux temps :

Premier temps : Résection ;

Deuxième temps : Rétablissement de la continuité de l'organe.

Premier temps. — Le chirurgien doit s'assurer de la mobilité et de l'étendue de la tumeur, de l'état des groupes ganglionnaires. Les vaisseaux seront liés sur chaque courbure au delà de l'endroit précis où portera la résection.

On libère les épiploons, on fait l'ablation aussi complète que possible des ganglions, on limite l'exérèse au moyen de deux grandes pinces à mors élastiques, l'une du côté cardiaque, l'autre du côté pylorique, au delà du tissu en apparence sain. On glisse une grande compresse sous l'estomac et on sectionne suivant la ligne de chaque pince.

Deuxième temps. — Comprend la suture des deux circonférences gastriques. Si leurs diamètres sont égaux, la chose est facile, sinon, il faut user d'artifice. Dans le premier cas, l'anastomose sera termino-terminale, elle sera faite au moyen d'une suture continue des bords de chaque cylindre et complétée par un surjet séro-séreux antérieur et postérieur des deux manchettes.

Si les circonférences d'accolement sont inégales, on fera une suture en raquette, c'est-à-dire que la circonférence du diamètre supérieur sera rétrécie par une suture linéaire. On pourra encore se servir du procédé de

Hartmann : on résèque un nouvel anneau sur le segment de circonférence dont le diamètre est trop petit, et on termine par une anastomose termino-terminale.

On peut encore se servir du procédé de Billroth (deuxième manière). Si les deux manchettes sont de dimensions par trop inégales, on les ferme et on abouche le jéjunum à la poche cardiaque.

D'après les statistiques, la mortalité approximative est fixée à 33,3 p. 100 (Pouchet). Mais la numération porte sur un nombre trop restreint d'opérés pour qu'on puisse en tirer des conclusions solides. Tisserand, qui trouve l'opération bénigne, fixe la mortalité à 11 p. 100. Les résultats éloignés sont favorables, 66 p. 100.

C'est l'opération de choix, si l'immobilisation de la tumeur est complète et si l'état général du malade n'est pas satisfaisant.

LA GASTRECTOMIE EN PLAQUES. — Nous ne faisons que la citer, car elle paraît peut praticable dans le cancer sous-cardiaque.

L'ŒSOPHAGO-GASTROSTOMIE. — Elle consiste dans l'anastomose de l'œsophage avec l'estomac. On pratique l'occlusion du moignon gastrique et on abouche l'œsophage à la face postérieure de l'estomac, de préférence suivant le type de suture termino-latérale. C'est une opération d'exécution technique difficile. D'après Leriche, il faudrait mieux faire un abouchement œsophago-jéjunal latéral ou terminal au bouton, et enlever la partie restante de l'estomac.

LA GASTROSTOMIE. — C'est une opération qui consiste

dans la création d'une bouche stomacale artificielle permettant l'introduction des aliments dans l'estomac. Le point important est d'avoir une bouche continente. Pour obtenir ce résultat, les procédés sont nombreux ; le plus ancien est en même temps le plus usité. Il s'agit de faire un orifice très petit et de le placer le plus près du cardia. Si l'état général du malade le permet, on fera l'anesthésie générale, sinon on fera seulement de l'anesthésie locale. L'incision de la paroi sera oblique ou verticale, suivant les auteurs. Le procédé de Fontan donne d'excellents résultats ; il est à recommander. L'estomac est attiré en dehors comme dans le procédé ordinaire, mais on en tire plus qu'il n'en faut pour la bouche gastrique, et on fixe la base du petit sac aux lèvres de la plaie pariétale, par des points de suture non perforants. On fixe le sommet du cône au moyen de deux pinces de Chaput, on incise la musculo-séreuse, on décolle sur le pourtour la muqueuse, de façon à favoriser la formation de la valvule, puis on incise la muqueuse. Une sonde de Nélaton n° 22 est introduite à frottement dans l'orifice, on la fixe par une pince et on termine l'intervention par des sutures non perforantes au catgut.

LAPAROTOMIE SIMPLE. — Nous l'avons dit plus haut, chaque fois que le diagnostic reste hésitant, une laparotomie exploratrice s'impose. C'est, d'ailleurs, une intervention facile et d'une bénignité parfaite. Bien plus, et c'est pourquoi nous la signalons au traitement, elle donne parfois, pour ne pas dire toujours, des améliorations très notables. L'appétit se réveille, les douleurs disparaissent et l'état général redevient bon. Personnellement,

nous avons vu plusieurs cas où, après laparotomie exigée par le malade, on fut obligé de refermer l'abdomen, tant l'évolution des lésions et leur généralisation étaient avancées. Toujours l'intervention fut suivie d'une amélioration très notable qui subsiste depuis six mois chez un opéré près duquel nous fûmes témoin de l'intervention. A l'appui de nos dires, nous citerons les faits relatés dans la thèse de Sanerot (Lyon, 1906).

« Le malade de Stewart est un exemple typique, il souffrait, maigrissait, se cachectisait, quand on lui proposa une intervention. Il était médecin et accepta la laparotomie. Quand le chirurgien vit son estomac infiltré au point de ne pas trouver sur la face antérieure de l'organe une place pour faire une bouche anastomotique, il referma simplement l'abdomen. Faut-il invoquer l'influence heureuse de la mise à l'air ? Le fait certain est que le malade en tira un excellent profit et qu'il reprit du poids et s'améliora très notablement.

« Malheureusement, la lésion continuait à évoluer et dix-neuf mois plus tard on pratiquait une nouvelle intervention. L'observation est formelle à ce sujet, l'estomac parut moins infiltré. »

La thèse de Rivière contient des observations analogues.

JÉJUNOSTOMIE. — Enfin, si la gastrostomie est impossible du fait de l'immobilisation due à l'envahissement de la petite courbure des faces antérieures et postérieures, ne laissant qu'un tout petit espace vers le cardia, on pratiquera la jéjunostomie, sur la technique de laquelle nous n'insisterons pas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r DELORE)

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Laparotomie exploratrice.

Homme âgé de 68 ans, adressé par les docteurs Leclerc et César, entre à la clinique du professeur Poncet le 23 juin 1905. Il y a six mois, lors d'un premier séjour, on avait constaté l'amaigrissement progressif, les douleurs épigastriques et la perte absolue de l'appétit, si bien qu'on avait pensé à un cancer de l'estomac haut situé, et proposé une laparotomie exploratrice. Mais le malade avait refusé.

Actuellement, le diagnostic est devenu évident. On sent une masse au-dessous des fausses côtes gauches, le malade vomit tous les aliments ingérés presque aussitôt après la déglutition.

Il s'agit d'un cancer de la petite courbure, né près du cardia, ayant probablement envahi les faces de l'organe et s'étant peu à peu développé de haut en bas.

Laparotomie sus-ombilicale (Delore), le 26 juin 1905. Il y a un gros cancer de l'estomac, occupant le grand cul-de-sac, le cardia, la petite courbure et les deux faces. Seuls le pylore et l'antrum pylorique sont sains.

Devant l'étendue du mal, dont on ne saurait dépasser les limites, on referme l'abdomen. La jéjunostomie, seule praticable, n'a pas été faite, en raison d'une légère ascite.

Guérison opératoire, avec légère amélioration momentanée, suivie sept mois.

OBSERVATION II (D^r DELORE)

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Gastrostomie.

M. F..., 53 ans, instituteur, près de Contrexéville, dans les Vosges, bien portant d'habitude, a vu sa santé décliner rapidement depuis huit mois. Au début, il ressentait des douleurs dans la région épigastrique, les digestions étaient difficiles; survint rapidement de l'anorexie, ainsi que de l'amaigrissement.

Les troubles se sont accentués dans les deux derniers mois: le malade a des régurgitations incessantes, dès qu'il cherche à s'alimenter avec des mets non liquides. Seuls les liquides passent, quoique avec difficulté. Ces régurgitations se produisent environ une demi-heure après la déglutition. Il n'y a jamais eu de grands vomissements.

Au début, on avait pensé à un cancer de la partie inférieure de l'œsophage, mais l'olive n'était pas arrêtée et l'œsophagoscopie, pratiquée une fois, avait été négative. Il fallait donc rejeter un cancer du cardia ou de l'œsophage. MM. Delore et Piéry firent le diagnostic de cancer du grand cul-de-sac de l'estomac, entraînant une sténose sous-cardiaque de l'estomac. L'estomac était divisé ainsi par un anneau cancéreux en deux poches: l'une sous-cardiaque, petite, l'autre plus grande, pylorique.

A l'examen, pas de tumeur épigastrique; il existe un gros ganglion sous-claviculaire gauche. Amaigrissement de 25 kilos.

M. Delore pratique, le 14 août 1906, une laparotomie sus-ombilicale, qui montre un estomac atteint de cancer dans toute la coupe. La lésion est annulaire et, vis-à-vis d'elle, on voit une infiltration du petit épiploon qui fixe la tumeur profondément. Il persiste deux zones saines de l'es-

tomac: l'une au-dessous du cardia et qui a quelques centimètres à peine; l'autre, dans la région pylorique, où l'antrum pylorique tout entier est indemne.

Le cancer divise donc l'estomac en deux cavités, séparées par un rétrécissement cylindrique, et donne à l'organe une vague forme biloculaire.

L'épiploon présente encore des noyaux cancéreux, il y a de la généralisation péritonéale, de l'ascite.

L'antrum pylorique est fixé à la paroi. On peut terminer cependant par une gastrostomie à la Fontan.

L'amélioration immédiate fut obtenue comme d'habitude et le lendemain le malade pouvait avaler des liquides par la bouche. Puis, on l'alimenta par l'orifice stomacal continant jusqu'à la mort, qui survint vers la fin d'octobre 1906.

OBSERVATION III (D^r DELORE)

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Gastrostomie

Il s'agit d'un homme de 66 ans, habitant Saint-Pierre-de-Curtille, dans la Savoie, qui avait été adressé à la clinique de M. le professeur Poncet, par le docteur César (de Culoz), le 25 octobre 1906.

Cet homme, bien portant d'ordinaire, avait décliné depuis six mois, et était réduit au dernier degré de l'inanition.

Depuis ce temps, en effet, il présentait des troubles gastriques, de l'anorexie complète, et surtout des vomissements incessants se reproduisant quelques minutes après l'ingestion des aliments. Pendant trois mois il avait résisté à la pensée d'une opération, et il la réclamait maintenant avec insistance.

Il n'y avait pas de tumeur épigastrique, l'estomac ne semblait pas dilaté. Comme il n'existait pas, d'autre part,

de grands vomissements, on pouvait penser à un cancer de l'œsophage ou du cardia. Mais l'olive œsophagienne pénétrait facilement dans l'estomac. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cancer de l'estomac juxta-cardiaque.

Ce diagnostic fut confirmé par la laparotomie, pratiquée dès le lendemain, par M. Delore, sans anesthésie, en raison de la cachexie. On trouva un gros néoplasme du grand cul-de-sac, laissant libre le cardia et deux ou trois centimètres de l'estomac au-dessous du cardia. L'antrum pylorique était sain. Le cancer était annulaire et rétrécissait l'estomac sur une longueur de 7 à 8 centimètres. L'estomac avait une forme biloculaire, du reste peu marquée, avec une poche supérieure sous-cardiaque, et une cavité inférieure pylorique.

L'opération fut terminée par une gastrostomie, procédé de Fontan. Elle fut suivie d'une grande amélioration. Deux mois après, le malade avait repris 4 kilos. Il mourut en avril 1907, environ six mois après la gastrostomie.

OBSERVATION IV (D^r DELORE)

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Gastrostomie

Homme âgé de 58 ans, adressé par le docteur Chanoz. Il est malade depuis six mois et a commencé par maigrir beaucoup et perdre l'appétit.

Depuis trois mois, les aliments, même liquides, ont de la difficulté à descendre. Quelques minutes après la déglutition, il se produit un rejet d'une grande quantité de glaires. L'olive œsophagienne passe facilement jusqu'aux limites normales de l'œsophage, soit 40 centimètres. Par la radioscopie (Chanoz), on voit le cachet de bismuth s'arrêter nettement au voisinage du cardia. Cachexie avancée. Pas de tumeur appréciable à la palpation sus-ombilicale.

Diagnostic : cancer sous-cardiaque de l'estomac.

Laparotomie sus-ombilicale (Delore), le 29 juillet 1908. On trouve un cancer de l'estomac situé sur la petite courbure, près du cardia et ayant envahi les deux faces. La tumeur est fixée de tous côtés et l'on se borne à pratiquer une gastrostomie par le procédé de Fontan.

Guérison opératoire. Survie de quatre mois.

OBSERVATION V (D^r LERICHE)

R... Aug., 58 ans, entre le 3 janvier 1908 dans le service de M. le professeur Poncet pour des troubles digestifs datant de quatre ans. Ceux-ci furent, dès le début, caractérisés par des vomissements très espacés, survenant sans effort, de suite après ingestion des aliments ; ce sont presque uniquement des liquides et des glaires qui sont rejetés. Les purées et le pain ne sont pas expulsés. En même temps, notre malade accusait une sensation de gêne, de pesanteur dans la région sous-costale gauche. Ces douleurs gênent beaucoup l'alimentation. Cet état s'est lentement aggravé sans hématomèse, sans méléna. Depuis huit jours surtout tous les symptômes se sont accusés. Très constipé, très asthénique, amaigri, il ne peut plus travailler.

A l'examen, on ne trouve absolument aucun signe physique précis ; le seul fait à noter est un peu de douleur à la palpation sous les fausses côtes. Il n'y a pas de ganglion perceptible, ni de signe de métastase. Le cathétérisme ne montre pas d'arrêt œsophagien. L'œsophagoscopie pratiquée par le docteur Saignaz, permet d'affirmer l'intégrité de l'œsophage et du cardia. Pourtant l'examen radioscopique montre un arrêt net du cachet de bismuth au niveau du diaphragme, et M. Destot fait le diagnostic de sténose cardio-œsophagienne néoplasique.

Devant ces signes discordants, nous portons le diagnostic de sténose cardiaque réflexe due à un néoplasme sous-cardiaque.

Le 7 janvier, M. Leriche fait une laparotomie latérale sur le bord gauche du muscle droit. La main perçoit, sous les fausses côtes, une tumeur de la face antérieure étendue à presque tout le pourtour de l'estomac, mais laissant libre la zone cardiaque.

On fait une gastrostomie par le procédé de Fontan.

Suites opératoires simples. L'intervention a fait cesser le spasme. Dès le 20 janvier, le malade peut s'alimenter par la bouche en même temps qu'on lui injecte quatre fois par jour des liquides nutritifs par sa sonde.

Vers le 10 février, légère poussée de phlébite à la jambe droite. Un mois après le malade rentrait chez lui avec un état aussi satisfaisant que peut l'être celui d'un néoplasique. Il marche avec un léger œdème malléolaire, mais a nettement repris des forces.

OBSERVATION VI (D^r DELORE)

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Laparotomie exploratrice.

Homme âgé de 52 ans, envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec le diagnostic de cancer de l'œsophage.

Il est, en effet, malade depuis dix mois. Au début, les malaises consistaient en une anorexie accentuée, et le malade maigrissait beaucoup, sans cause apparente.

Depuis six mois, les troubles ont changé de caractère; il y avait, très vite après la déglutition, des vomissements aqueux.

Actuellement, les vomissements sont alimentaires et se produisent constamment, cinq minutes après chaque déglutition.

Cet homme en est arrivé à ne plus rien absorber.

On sent une grosse tumeur très profondément, qui se perd sous les fausses côtes gauches. Il semble qu'on perçoive également une légère ascite.

Le 6 août 1908, laparotomie exploratrice (Delore). On trouve un peu d'ascite, et surtout une généralisation de la tumeur gastrique primitive au grand épiploon, et aux ganglions.

Le cancer de l'estomac occupe les grande et petite courbures et les deux faces de l'organe, sur une longueur de 10 à 15 centimètres. Les tuniques restent apparemment saines seulement vers le dôme cardiaque et sur une petite étendue de l'antrum pylorique. Ces renseignements, contrôlés par l'opération, avaient déjà été présumés par la radioscopie. On voyait, sous l'écran, la bouillie bismuthée s'étaler près du cardia; l'ombre s'effilait ensuite, sous forme de ligne noire longue de 10 à 12 centimètres, puis elle s'étalait de nouveau en se moulant sur la poche pylorique. Il y avait, en somme, sténose cancéreuse étendue de l'estomac (Barjon).

Les lésions, en particulier l'ascite, contre-indiquaient toute opération palliative, gastrostomie ou jéjunostomie, l'abdomen fut refermé.

Guérison opératoire simple. Atténuation des vomissements, alimentation relativement mieux tolérée pendant le mois suivant.

OBSERVATION VII (D^r DELORE).

Cancer sous-cardiaque de l'estomac. — Jéjunostomie par le procédé d'Eiselsberg-Witzel.

F. âgée de 58 ans, entrée à la clinique du professeur Poncet, le 7 décembre 1908.

Elle aurait eu, dit-elle, de l'ictère, à deux reprises, il y a

deux ans et il y a trois ans. Mais les troubles qui l'amènent à l'hôpital ont débuté seulement il y a un an : ils consistaient tout d'abord en anorexie, perte de forces, douleur et pesanteur après les repas. Ils se sont rapidement aggravés dans ces trois derniers mois ; depuis lors, amaigrissement très prononcé et, de plus, vomissements incessants quelques minutes après la déglutition. Les vomissements, qui rappellent, au premier abord, les vomissements des sténoses œsophagiennes, sont alimentaires : toutefois, en dehors des repas, la malade accuse quelques régurgitations aqueuses, et elle dit avoir rejeté, à deux ou trois reprises, du liquide marc de café, mais en petite quantité.

Cette femme qui, malgré une perte de poids de 20 kilos, possède encore une couche assez épaisse de graisse, est difficile à explorer. Il n'y a ni clapotage, ni autre signe de dilatation gastrique. Par contre, on sent profondément, sous les fausses côtes gauches, une masse indurée, dont l'interprétation est douteuse. M. Delore pense cependant à un cancer gastrique ayant débuté haut sur la petite courbure et ayant envahi secondairement les deux faces de l'estomac, produisant ainsi une biloculation cancéreuse sous-cardiaque de la cavité.

Ce diagnostic est vérifié par la radioscopie pratiquée par M. Chanoz. La radioscopie montre, en effet, une dilatation gastrique immédiatement au-dessous du cardia, puis une poche pylorique. Ces deux poches, de dimensions réduites, sont réunies l'une à l'autre par un défilé très étroit, long de 7 à 8 centimètres.

10 décembre 1908. — La laparotomie (Delore), montre une petite poche cardiaque, une petite cavité pylorique, séparées par un cancer sténosant de l'estomac, occupant la petite courbure, faces et grande courbure, sur une longueur de 7 à 8 centimètres. La tumeur est adhérente de toutes parts.

On pourrait, à la rigueur, pratiquer une gastrostomie sur la zone pylorique saine, mais la bouche gastro-cutanée aurait grande chance d'être envahie par le cancer. On fait donc, sans incident, une jéjunostomie par le procédé d'Eiselsberg-Witzel, à 30 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal.

15 janvier 1909. — Grosse amélioration des douleurs. Pas de diarrhée. L'opérée vomit de temps à autre les quelques liquides ou aliments ingérés par la bouche.

CONCLUSIONS

I. Le cancer sous-cardiaque, tel que nous l'avons défini, est une forme rare de localisation du cancer de l'estomac.

II. La symptomatologie est toute d'emprunt. Il est toujours confondu avec celui de l'œsophage ou du cardia. L'exploration du conduit œsophagien au cathéter s'impose et emporte avec lui le diagnostic.

La radiographie, la radioscopie, l'œsophagoscopie, la laparotomie exploratrice, confirment les données du cathétérisme.

III. Dans le diagnostic du cancer sous-cardiaque, l'exploration de l'estomac ne sert pas à grand'chose.

IV. L'évolution, la durée du cancer sous-cardiaque est sensiblement la même que celle du cancer de l'œsophage.

Abandonné à lui-même sa terminaison est fatale.

V. Le traitement médical convient au début ou à la fin quand l'alimentation est encore possible, ou quand le malade se refuse à toute intervention.

VI. Au point de vue chirurgical, il se présente d'une façon moins favorable à l'ablation que les autres formes

du cancer de l'estomac. On procèdera à la laparotomie exploratrice pour se rendre compte de ce que l'on pourra faire.

L'opération de choix sera la gastrectomie totale, pratiquée toutes les fois que les lésions sont étendues, que la mobilité gastrique est suffisante et l'état général assez bon.

Mais, trop souvent, on ne peut qu'intervenir d'une façon palliative et s'il reste encore sur la face antérieure de quoi faire une bouche stomacale, on pratique la gastrostomie.

La jéjunostomie est indiquée s'il ne reste sur la face antérieure de l'estomac aucun espace sain.

Enfin, si toutes les conditions précédentes font défaut, on s'en tiendra à la simple laparotomie.

VU :

Le Président de la Thèse,

ROLLET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 mars 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac.
BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
DEBOVE et RÉMOND. — Maladies de l'estomac.
RECLUS, KIRMISSON, PEYROT et BOULLY. — Traité de pathologie externe.
LIROSSIER. — Les maladies de l'estomac.
E. BOISNARD. — Thèse Paris, 1906-07.
P. BERTHIER. — Thèse Paris, 1907-08.
A. RÉSIBOIS. — Thèse Paris, 1907-08.
A. VINCENEUX. — Thèse Paris, 1905-06.
HARTMANN. — Travaux de chirurgie.
LETULLE. — Anatomie pathologique.
CORNIL et RANVIER. — Anatomie pathologique.
LERICHE. — Thèse de Lyon, 1906.
SENCERT. — Thèse de Nancy, 1903.
BEYLE. — Thèse de Lyon, 1903.
CUNÉO. — Thèse de Paris, 1900.
DELORE. — *Lyon Médical*, 1903-04-05.
GUINARD. — Thèse de Paris, 1898.
GROSS. — *Revue Médicale de l'Est*, 1901-04-05.
LANGENMANN. — *Arch. für Klin. Chir.*, 1902.
A. PONCET et DELORE. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1905.
SANEROT. — Thèse de Lyon, 1905.
SENCERT. — *Revue Gynécologique de Chirurgie abd.*, 1905.
— *Revue Médicale de l'Est*, 1905.
THIERS. — Thèse de Paris, 1898.

- M. TILLIER. — Thèse de Lyon, 1891.
A. GARCIN. — Thèse de Lyon, 1893.
E. SCHRAMECK. — Thèse de Paris, 1895.
Ch. BONNET. — Thèse de Lyon, 1903.
G. PAUCHET. — Thèse de Lyon, 1906-07.
AUGAY. — Thèse de Lyon, 1907-08.
MONOD et VANVERTS. — Traité de technique chirurgicale.
TESTUT. — Anatomie humaine.
POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine.
FAISANS. — Thèse de Lyon.
BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.
CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine.
MONTPROFIT. — Chirurgie de l'estomac.
Léon VOUTERS. — Symptomatologie du cancer du pylore (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).
A. ROBIN. — Traité de chirurgie thérapeutique.
-

